

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

432

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges DURIEUX

Né à Thiviers (Dordogne), le 12 juin 1905

Ancien externe en premier des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU POUMON

D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Discussion thérapeutique

Président : M. GEORGES GUILLAIN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^o, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges DURIÉUX

Né à Thiviers (Dordogne), le 12 juin 1905

Ancien externe en premier des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU POUMON

D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Discussion thérapeutique

Président : M. GEORGES GUILLAIN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GREGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA. . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM

LAROCHE(G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique,
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale
 RICHEL. . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique
 LEROUX . . . Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI.	Clinique médicale.
CHIRAY.	Clinique médicale
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.
FIESSINGER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.
BASSET.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
PROUST.	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER.	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT . Agrégé .	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLÉ	
	Stomatologie.
	Education physique
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES GUILLAIN
Professeur de la Clinique Neurologique de la Salpêtrière

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A MON MAITRE
LE DOCTEUR LECHELLE
Médecin des Hôpitaux

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse, en reconnaissance de tout l'intérêt qu'il n'a cessé de me porter.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR JEAN DURIEUX

Chevalier de la Légion d'honneur

*En témoignage d'affectueuse
reconnaissance pour les conseils
qu'il m'a prodigués et l'exemple
qu'il a été pour moi.*

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

1923. M. LE PROFESSEUR SERGENT
1924. M. LE PROFESSEUR GOSSET
1924. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIBIERRE (*in memoriam*)
1925. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY
1925. M. LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Externat :

1926. M. LE DOCTEUR VEAU
1927. M. LE DOCTEUR LEHELLE
1927. M. LE DOCTEUR MACÉ
1928. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARVIER

Internat provisoire :

1929. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-VALENSI
1929. M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE
1930. M. LE DOCTEUR LEHELLE
1930. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HUTINEL
1930. M. LE PROFESSEUR NOBÉCOUT
1931. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DU POUMON
D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Discussion thérapeutique

INTRODUCTION

Les abcès du poumon d'origine traumatique semblent rares.

Cette rareté avait été notée même pendant la guerre et déjà en 1917, le professeur Pierre Duval la mettait en évidence dans une « Conférence chirurgicale Interalliée pour l'étude des plaies pulmonaires ».

C'était aussi l'avis qu'exprimait le Dr Mauclore, cette même année, à la Société de Chirurgie, à propos d'un abcès du poumon consécutif à un éclat d'obus : « les observations rapportées jusqu'ici », disait-il, « sont bien peu nombreuses ».

Ce fait constaté au cours de la guerre est resté exact : le nombre de cas d'abcès du poumon d'origine traumatique publiés jusqu'à ce jour est fort restreint.

Leur rareté s'oppose à la fréquence apparente de

plus en plus grande des cas d'abcès du poumon d'origine médicale.

Leur symptomatologie est souvent analogue. Leur traitement paraît devoir être bien différent.

Comme les abcès médicaux, les abcès traumatiques peuvent être distingués en abcès récents et en abcès chroniques.

Les abcès récents sont plus nombreux que les autres du moins si l'on s'en rapporte aux observations publiées. Ces abcès sont consécutifs à une blessure de guerre septique entraînant une infection grave de la plèvre et du poumon. Lors de l'intervention nécessitée par l'extraction du projectile et le drainage de la plèvre, l'opérateur tombe souvent sur un abcès pulmonaire superficiel, plus ou moins volumineux, circonscrivant le projectile infectant.

Nous rapporterons succinctement les observations de quelques blessés pour montrer l'évolution toujours semblable de ces abcès, leur mode constant de guérison, en un temps relativement court, sous l'action d'un traitement chirurgical simple : incision et drainage.

B..., Louis, âgé de 23 ans, blessé le 17 novembre 1914.
Blessure du thorax gauche, 2 orifices :

un au ras du sternum, au niveau du 3^e cartilage costal,
l'autre dans l'aisselle.

A l'intervention, après section d'un volet costal, on trouve un abcès anfractueux du bord antérieur du poumon, du volume d'un œuf. Ablation de 2 esquilles osseuses dépen-

dant de la 3^e côte. L'abcès contient aussi du pus et laisse sortir de l'air à chaque expiration.

Drainage de l'abcès pulmonaire et d'un abcès pleural enkysté concomitant.

Au bout de 2 mois, la température est devenue normale.

(BAUDET, Evolution clinique des plaies pleuro-pulmonaires, *Progrès médical*, avril 1915.)

C... Léon, âgé de 25 ans, blessé le 1^{er} octobre 1915 : coup de feu borgne (éclat d'obus), avec orifice en arrière, ayant intéressé le sommet du poumon et fracturé la clavicule et les 3 premières côtes à leur extrémité postérieure.

Suppuration de la région du sommet du poumon et de la partie moyenne. Etat général grave.

Guérison par drainage filiforine antéro-postérieur du poumon avec cicatrisation définitive au bout de quatre mois.

(CHAUT, Société de chirurgie de Paris,
31 mai 1916.)

X..., âgé de 31 ans, blessé le 24 octobre 1916 par un éclat d'obus.

Plaie du thorax droit siégeant à 3 cm. au-dessous et en dehors du mamelon.

La radio montre un projectile intra-pulmonaire pas très profond et situé à un niveau un peu plus élevé que la plaie d'entrée.

Opération huit jours après la blessure : une large costotomie est pratiquée. Après incision de la plèvre et du poumon on tombe sur un petit abcès contenant du pus brunâtre.

Le nettoyage de la cavité de l'abcès ramène le projectile et un débris de vêtements.

Drainage tubulaire. Suppression des deux drains au bout de 6 semaines.

Plaie fermée. Bon état général, mais poussées de congestion passagères dans le poumon droit.

(D^r RASTOUIL. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1916.)

En résumé, dans ces divers cas, il s'agissait, sans aucun doute, d'une suppuration pulmonaire survenue peu de temps après l'inoculation septique du poumon.

Ces abcès ont guéri rapidement après « nettoyage » de la cavité et drainage.

La blessure laisse tout au plus quelques séquelles légères de sclérose pulmonaire.

Tout autres se présentent les abcès du poumon consécutifs à des blessures anciennes.

Il s'agit de suppurations pulmonaires apparues souvent très tardivement. Le projectile avait paru remarquablement toléré et l'abstention opératoire avait été pratiquée.

Il existe en effet de nombreux cas de projectiles intra-pulmonaires, qui bien tolérés dès l'abord le sont restés par la suite.

Mais plusieurs observations ont montré que cette tolérance pour longue et apparente qu'elle soit était toute relative.

Un processus suppuratif peut s'établir autour du corps étranger : son ablation peut devenir nécessaire et lorsqu'on la pratique, on se trouve, en ce qui concerne les soins post-opératoires, devant des alternatives délicates, comme après le drainage d'une collection pleurale enkystée.

Il s'est créée autour du projectile inclus une zone de sclérose pulmonaire localisée, formant une véritable coque enveloppant plus ou moins complètement le corps étranger.

Cette coque fibreuse, souvent fort épaisse persiste après incision et drainage de l'abcès. Sa cavité rigide entretient une suppuration interminable.

En raison de l'importance de cette coque, les moyens médicaux et même chirurgicaux destinés à compléter la guérison par collapsus peuvent sembler inapplicables.

Il faut tenir compte également, dans la discussion du traitement à envisager des connections anatomiques de la collection.

Le traitement paraît essentiellement différent suivant le siège de cette collection : les abcès hilaires sont particulièrement difficiles à traiter.

Enfin, une autre notion très importante est à signaler dès maintenant, c'est la situation de la collection par rapport à la plèvre et à la paroi costale. Suivant qu'elle est superficielle ou profonde, on aura ou non des adhérences pleurales gênant le collapsus ou risquant de se rompre lors d'une compression trop poussée.

C'est à des difficultés de cet ordre que nous nous sommes heurtés depuis trois ans, en nous efforçant de traiter un blessé qui en 1920 avait reçu dans le 1/3 supérieur du poumon droit un éclat d'obus.

Nous allons rapporter l'intéressante observation de ce malade et nous verrons de quelle manière pouvait être envisagée la thérapeutique à instituer.

Observation. — M. B... Philippe, âgé de 25 ans, entre dans le service du Dr Lechelle, à la Salpêtrière, le 28 février 1928, porteur d'un abcès pulmonaire consécutif à une blessure de guerre remontant à l'année 1920 (armée Wrangel) : pénétration d'un éclat de schrapnell dans la partie interne de la clavicule droite, ayant déterminé une fracture de la clavicule et de la 1^{re} côte ; aucune extraction n'a été tentée à ce moment.

Le projectile ne détermine aucun trouble et le malade peut travailler.

C'est seulement en février 1928 que le malade commence à présenter des signes d'une suppuration pulmonaire subaiguë.

La température est peu élevée ; le soir aux environs de 38°, mais le malade présente des hémoptysies et une expectoration purulente, variant entre 300 et 400 cmc. et surtout *très fétide*, une altération marquée de l'état général : teint plombé, amaigrissement, anorexie.

L'examen clinique révèle un syndrome cavitairé à l'union des 1/3 supérieur et moyen du poumon droit.

Une radiographie (figure 1) montre au niveau du 6^e espace

intercostal droit en arrière, se projetant sur le 2^e en avant un projectile important qui occupe la partie inférieure d'un abcès considérable, ovoïde, à grand axe vertical, se projetant sur l'image de trois côtes successives, cerné par une coque très nette, rempli à moitié d'un liquide avec surface de niveau horizontale, et entouré d'une réaction d'opacité moyenne à la partie supérieure de laquelle existe un noyau plus dense.

Le reste des champs pulmonaires, en particulier la base droite est absolument normale.

Un cliché partiel (fig. 2) confirme ces données.

En présence de ces symptômes radiologiques et cliniques, on pense à un abcès gangréneux subaigu d'origine traumatique.

Cependant, les examens bactériologiques n'ont jamais montré d'anaérobies ni de spirilles. Il n'existe pas de bacilles de Koch.

Il s'agit d'un volumineux abcès central autour d'un corps étranger inclus ; c'est pourquoi on envisage l'extraction du projectile.

Après une préparation médicale consistant en injections de sulfarsénol, d'huile eucalyptolée et en ingestion d'hypo-sulfite de soude, le malade est confié au Dr Petit-Dutaillis qui l'opère le 20 mars 1928, sous anesthésie locale, l'intervention étant pratiquée sous écran ; résection des 2^e et 3^e côtes dans leur partie antérieure. Après avoir fait repérer le projectile dans deux projections perpendiculaires, on fixe la plèvre par plusieurs points séparés au catgut prenant le poumon. On arrive ainsi à 12 cms. de profondeur sur le projectile que l'on extrait sans difficultés : éclat d'obus volu-

mineux et présence de débris vestimentaires et de fragments de clavicule.

En introduisant le doigt dans la plaie, on se rend compte que la paroi interne de la poche est anfractueuse, dure et très proche du hile dont on sent battre les vaisseaux à travers la poche. Fermeture partielle de la plaie, un gros drain est laissé dans l'abcès.

Suites opératoires satisfaisantes.

Le malade reste apyrétique par la suite : il a repris plusieurs kilogs.

Mais la suppuration n'est pas tarie, ainsi que l'indique la persistance d'une expectoration muco-purulente peu abondante : 50 et 100 cmc. et d'autre part la persistance de l'écoulement par la plaie thoracique d'une quantité de pus également variable. Une fétidité intermittente se manifeste dans les crachats et la suppuration pariétale. Il existe également des périodes de rétention pendant lesquelles la température s'élève au-dessus de 38°.

La radioscopie montre la persistance d'une image cavitaires. Elle ne présente plus comme auparavant un contenu liquide. Son volume est constant. Ses parois restent très nettes.

En présence de cette cavité pulmonaire à parois épaisses différentes méthodes pouvaient être mises en œuvre pour en obtenir le collapsus.

Nous retenons le pneumothorax artificiel comme la méthode la moins traumatisante. Institué le 9 juin 1928, il produit un décollement du sommet et de la partie postérieure du poumon ; ce pneumothorax total ne respectant

que la partie du poumon amarrée à la paroi lors de l'intervention.

Il ne s'est accompagné d'aucune réaction liquidienne ni d'aucune élévation de la température.

En août, une modification sensible se produit, à la suite de la chute de la sonde introduite lors de l'opération, dans l'état du malade qui jusque-là paraissait stationnaire ; des signes de rétention surviennent : température oscillant autour de 38°, amaigrissement, fétidité de l'expectoration.

Un auto-vaccin est tenté sans succès. C'est alors qu'on s'efforce de drainer l'abcès au moyen d'une sonde introduite de nouveau par la plaie cutanée.

Les épreuves radiographiques montrent nettement les étapes de ce drainage.

D'abord (fig. 3), une sonde Nélaton n° 12, trop longue entre bien dans l'abcès, mais s'y coude en Z. On la voit nettement butter contre les parois de la cavité, il persiste un petit niveau liquide à la partie inférieure de l'abcès. Le drainage se fait mal. Les signes cliniques persistent.

Deux jours après, une sonde plus grosse s'égare dans une fausse route. L'expectoration fétide augmente.

Quinze jours après (fig. 5) on arrive à introduire dans l'abcès une sonde Nélaton n° 14 : d'abord trop longue, elle draine mal la cavité. Puis on la raccourcit progressivement, en contrôlant chaque fois la position de la sonde par un cliché.

La figure 6 montre une sonde bien réglée, dont l'extrémité affleure le bord inférieur de la cavité qu'elle draine convenablement.

L'expectoration s'est tarie. La température se régularise.

Le malade reprend du poids. On tente de perfectionner le drainage en lavant la poche à l'aide de substances modificatrices. Après différents essais : Dakin, lipiodol, eau oxygénée, des injections d'une solution faible de Dakin, alternant avec des injections de lipiodol nous ont semblé donner les meilleurs résultats.

Une radiographie (fig. 7) est pratiquée après injection par la sonde de 40 cc. de lipiodol qui remplit la cavité. De là, il passe dans une bronche de drainage à peu près horizontale, volumineuse, puis dans la bronche du lobe supérieur dont il injecte les ramifications comme s'il s'agissait d'un lipiodol introduit par la trachée. La figure 7 montre en outre le reflux du lipiodol dans la trachée et deux images de bronches probablement dilatées, au voisinage de la bronche de drainage.

En somme, la suppuration pulmonaire était enrayée dans ce sens qu'un drainage convenablement réglé assurait un écoulement régulier du pus, mettant le malade à l'abri de la rétention et d'un ensemencement des bronches par le pus.

Désireux d'améliorer ce résultat, nous présentons ce malade à M. le D^r Baumgartner en vue d'une thoracoplastie ou d'une résection de la poche, opérations qui sont refusées par le malade.

Nous continuons donc le même traitement grâce auquel jusqu'à présent (mars 1931) B... peut mener une vie normale.

Le drainage est entretenu sans aucune difficulté sous le contrôle de la radioscopie, mais il ne saurait être suspendu sans une reprise des accidents. Il n'y a jamais de tempéra-

ture. L'état général est excellent et B... exerce sans fatigue la profession de chauffeur de taxi.

En somme, il s'agissait d'un volumineux abcès s'étant manifesté très tardivement autour d'un projectile inclus : abcès central, voisin du hile, imparfaitement drainé par les bronches et siège d'une rétention purulente qui tendait à devenir gangréneuse.

Une première ouverture chirurgicale avait pu évacuer le contenu, mais la suppuration recommençait. Elle a été enrayée par la mise en place d'un drain qui, après certaines difficultés de réglage sous contrôle radiologique, permet depuis plus de trois ans un « nettoyage » de la cavité et une vie normale sous la seule réserve de l'entretien des pansements.

Néanmoins, notre malade reste un infirme du poumon et sous la menace d'un réveil infectieux toujours à craindre.

Dans cet état de chose, nous nous sommes demandés quelles interventions pouvaient être envisagées pour tenter de guérir de façon plus complète cet abcès dont il nous avait été permis de constater lors de l'intervention la profondeur, la nature intraparenchymateuse, enfin la rigidité des parois.

De nombreux procédés ont été essayés dans des cas analogues : le décollement extra-pleural, la thoracoplastie, la résection de la poche et même la lobectomie.

Ces interventions ont donné des résultats très

variables dans les cas où elles ont été pratiquées.

L'état de notre malade justifie-t-il l'essai d'une de ces interventions aux résultats encore très aléatoires ?

Et si l'un de ces traitements doit être essayé, quel est celui qui donne à notre malade le maximum de chances de guérison ?

C'est à ces deux problèmes difficiles que nous essayerons de répondre dans les pages qui suivent.

De plus, en envisageant rétrospectivement les faits, nous verrons si la conduite que nous avons adoptée, malgré les résultats relativement heureux qu'elle nous avait donnés, était bien la seule logique.

Il semble que, pour certains auteurs, cette conduite aurait pu être différente.

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ABCÈS DU POUMON

Pneumotomie. Extraction. Drainage.

Le diagnostic d'abcès du poumon d'origine traumatique étant posé, il est évident qu'il faut tout d'abord retirer le projectile infectant.

Ce point ne peut prêter à discussion, ainsi qu'il ressort du rapport du Professeur Pierre Duval à la Société de Chirurgie, en mars 1916 :

« Tout projectile contenu dans un bloc pulmonaire inflammatoire doit être enlevé. »

L'auteur de ce rapport concluait même à l'extraction systématique des projectiles intra-pulmonaires contenus dans un poumon sain, celui-ci étant libre dans une plèvre saine.

C'est également l'avis du Dr Marion, exprimé au cours de la discussion de ce rapport. Il montre que, dans plusieurs cas, des blessés ne présentant aucun trouble objectif du côté de leur poumon du fait de l'existence de leur projectile, mais accusant simplement de la gêne de la respiration, sont bel et bien porteurs d'abcès enkysté autour de leur projectile : au moment où l'on ouvre le foyer qui contient le

projectile, il s'écoule une quantité de pus variable.

Il arrive donc qu'un projectile, en apparence parfaitement toléré, soit contenu dans un gros abcès intra-pulmonaire. L'extraction est nécessaire.

Pour que cette extraction puisse être pratiquée, deux conditions sont essentielles :

1^o C'est d'avoir fait auparavant un repérage radiologique très précis du projectile. Le mieux est d'intervenir sous l'écran ;

2^o C'est la nécessité aussi d'opérer sur un poumon solidaire de la paroi thoracique.

Il y aurait à craindre des accidents graves, si l'on pénétrait dans une plèvre libre, non adhérente. Il se produirait d'une part un pneumothorax brusque et total lors de l'ouverture de la plèvre. D'autre part, on réaliserait fatalement l'infection de cette plèvre lors de l'incision de la collection et de son drainage.

La rétraction brusque du poumon était très redoutée lors des premiers essais d'intervention sur cet organe : c'est pour obvier à cet accident qu'on avait imaginé des appareils à hyperpression intra-pulmonaire et à hypopression dans la salle d'opération.

D'autres auteurs ont proposé, pour y remédier, la création préalable à l'opération d'un pneumothorax progressif par injection d'air dans la cavité pleurale.

Cette dernière technique n'est applicable que pour des interventions aseptiques, quand le projectile inclus n'a déterminé aucune infection avoisin-

nante, circonstance qu'il est d'ailleurs toujours difficile de préciser.

En réalité le professeur Pierre Duval a montré pendant la guerre que la création d'un pneumothorax n'a pas en elle-même beaucoup d'inconvénients, si l'on a soin de rendre ce pneumothorax progressif, en extériorisant le poumon.

Beaucoup plus grand est le risque d'infection de la plèvre lorsque l'existence d'une suppuration intrapulmonaire est reconnue. Il est alors de toute nécessité, par crainte d'un pyopneumothorax mortel, de faire la pneumotomie et le drainage à travers une plèvre amarrée à la paroi.

Ce résultat peut être réalisé spontanément, par suite de l'existence d'adhérences pleurales, provoquées par un abcès superficiel. On fera le drainage à travers cette zone d'adhérences pleurales.

Mais un abcès profond, central ou juxta-hilaire peut coexister avec une plèvre saine.

Il sera alors indispensable de créer artificiellement des adhérences pleurales.

On fera l'intervention en deux temps : dans le premier temps, après résection de 2 à 3 côtes, on suturera la plèvre pariétale à la plèvre du poumon rétracté. On pratiquera la pneumotomie dans un 2^e temps.

Si le temps presse, l'opération pourra être faite en un temps, après amarrage très soigneux du poumon à travers la plèvre, par de nombreux catguts passés en U.

Pour toutes ces opérations, l'anesthésie locale ou régionale est la meilleure et devra être essayée.

Elle sera complétée parfois par une anesthésie générale courte, « à la reine », pour le temps pleural : on emploiera alors le chloroforme. Le chlorure d'éthyle, administré à la manière du chloroforme, a également donné des résultats satisfaisants, même pour une opération assez longue.

Cette pneumotomie, malgré ses risques, si elle est discutable dans nombre d'abcès du poumon, même chroniques, d'origine médicale est, nous l'avons vu, une nécessité dans les abcès du poumon d'origine traumatique, puisque seule elle permet l'ablation de la cause qui entretient cette suppuration pulmonaire.

Elle a donc été pratiquée chez notre malade.

L'opération a été faite en un temps après préparation médicale, et s'est passée sans incidents.

Le projectile, quoique profond de 12 cms et situé dans la région juxta-hilaire a été facilement enlevé.

L'incision de l'abcès et son drainage ont entraîné une amélioration rapide de l'état général du malade : reprise de poids, chute de température.

Mais trois semaines après l'intervention, il persiste toujours une cavité suppurante pulmonaire, comme l'indiquent la persistance de l'expectoration et la persistance de l'écoulement par la plaie thoracique.

La radioscopie précise l'existence d'une cavité sans niveau liquide, mais à parois nettes.

La pneumotomie avec drainage, dans cet abcès ancien, à coque résistante, n'a pu être qu'une intervention palliative, donnant certes une amélioration très appréciable, mais incapable de réaliser une guérison complète.

Il n'y avait pas d'espoir que cette guérison survienne spontanément, même au bout d'un temps prolongé. Cette cavité rigide devait entraîner une suppuration interminable, coupée sans doute de poussées de rétention de pus, pouvant mettre la vie du malade en danger.

Nous devons chercher un procédé thérapeutique capable d'affaïsser la poche de l'abcès et susceptible de guérir notre malade.

En présence de cet abcès du poumon d'origine traumatique, drainé à la fois par les bronches et par la plaie cutanée, deux méthodes se présentaient à nous :

1^o On pouvait essayer de pratiquer l'affaïssement de la poche par l'un des divers procédés de collapsothérapie.

La réduction de volume de l'abcès et l'accolement de ses parois déterminerait peut-être une cicatrisation ultérieure.

2^o Devant le succès improbable de la collapsothérapie, on pouvait se demander si un abcès du poumon aussi ancien n'était pas justiciable d'une opération plus directe ; la lobectomie ou l'excision de

la poche, par exemple, opérations en apparence assez logiques. Mais il fallait tenir compte, dans l'appréciation du choix de l'intervention des risques beaucoup plus grands que nous ferions courir à notre malade.

CHAPITRE II

COLLAPSOTHÉRAPIE

La collapsothérapie de cet abcès nous a semblé devoir être essayée tout d'abord et parmi les procédés susceptibles de la réaliser, nous retenons le pneumothorax artificiel comme la méthode la moins traumatisante.

En décollant la plèvre située derrière cet abcès qui depuis l'intervention est amarrée à la paroi antérieure, nous pensions en tout cas pouvoir réaliser un drainage plus satisfaisant.

Pneumothorax.

La méthode de Forlanini, pratiquée tout d'abord dans la tuberculose pulmonaire, trouve, on le sait également des indications dans d'autres affections pulmonaires : abcès, gangrène, dilatation bronchique.

Pour que cette méthode soit réalisable en cas d'abcès du poumon, il faut, comme pour tout pneumothorax, qu'il n'existe pas d'adhérences pleurales résistantes qui empêchent le collapsus pulmonaire lors des essais de distension de la plèvre.

Il en résulte que le pneumothorax artificiel est surtout réalisable lorsqu'il s'agit d'un abcès profond, central du poumon, n'ayant pu par conséquent créer d'adhérences autour de lui.

Enfin, une autre condition est essentielle : la compression de la poche, réduisant le contenu de l'abcès nécessite que celui-ci soit déjà largement ouvert dans les bronches, ou tout au moins que le pus puisse s'évacuer par un orifice cutané consécutif à une pneumotomie antérieure.

Le pneumothorax ne peut donc être envisagé ni dans les abcès fermés, ni dans les abcès trop superficiels.

Il est indiqué, au contraire, dans les abcès profonds communiquant largement avec une bronche.

Notre abcès du poumon répondait donc aux conditions que nous venons d'énumérer. Aurait-il même été plus superficiel, sa coque épaisse était une barrière suffisante contre tout risque de rupture dans la plèvre.

Cet abcès était bien adhérent en avant à la paroi, mais nous pouvions espérer qu'une compression forte, agissant en arrière de lui, pourrait suffire à réaliser l'accolement de ses parois.

Il s'est produit, en effet, rapidement un pneumothorax étendu du sommet et de la partie postérieure du poumon.

Ce pneumothorax n'a pas empêché l'apparition de signes de rétention à la suite de la chute de la sonde introduite lors de l'opération.

Seul, un nouveau drainage, difficilement réalisé au moyen d'une sonde de Nélaton a pu rétablir l'écoulement régulier du pus. Il est permis de se demander si le pneumothorax continué conjointement a eu une action notable pour améliorer le simple drainage par la sonde de Nélaton.

En tout cas, le collapsus complet de l'abcès n'a pu être réalisé. La radiographie (fig. 7) pratiquée à cette époque, après injection de lipiodol par la sonde montre nettement que le pneumothorax artificiel n'a nullement réduit le volume de la cavité pulmonaire.

En résumé, si le pneumothorax artificiel donne d'excellents résultats toutes les fois que l'on peut compter sur la rétractilité du poumon collabé, s'il a pu donner à lui seul des améliorations importantes dans des cas récents, subaigus, d'abcès du poumon d'origine médicale, il se montre incapable d'amener la réduction de volume et la guérison d'un abcès ancien.

Son action est donc minime dans les abcès à coque épaisse, tels que les abcès d'origine traumatique.

Tout au plus est-il susceptible de favoriser, dans une certaine mesure, le drainage bronchique et cutané déjà existant.

PHRÉNICTOMIE

Parmi les autres procédés de collapsothérapie, la phrénictomie est également une intervention facile, susceptible de donner des résultats heureux dans certains cas d'abcès du poumon.

Par l'ascension d'un hémidiaphragme qu'elle détermine, elle peut comprimer des abcès du poumon siégeant à la base.

Mais elle est bien souvent inopérante et ne constitue que le premier temps d'interventions plus complexes. Elle risque également d'aggraver la stagnation du pus et d'avoir un effet inverse de celui que l'on attend d'elle.

Le siège haut situé de notre abcès du poumon nous a semblé une raison suffisante pour ne pas nous arrêter à discuter cette intervention. Même associée au pneumothorax, elle n'aurait sans doute pu réaliser un effacement plus complet de la cavité.

Décollement pleuro-pariétal.

C'est pour des raisons tout autres que nous n'avons pas non plus longuement discuté un procédé de collapsus que certains auteurs préconisent fortement dans des cas d'abcès du poumon : il

s'agit du décollement pleuro-pariétal, appelé parfois pneumothorax extra-pleural.

Cette opération, imaginée par Tuffier en 1892, a été reprise récemment par plusieurs chirurgiens français.

Elle consiste à décoller la plèvre pariétale en regard de la cavité pulmonaire. L'affaissement qui en résulte est maintenu d'une façon durable par le remplissage de l'espace libre ainsi créé entre plèvre et paroi, par un moyen quelconque : mèches, plombage de paraffine.

Le décollement pleuro-pariétal ne paraît pas avoir néanmoins d'indications très étendues.

Ses indications ont été précisées au cours d'une discussion récente à la Société de Chirurgie (1926).

Pour Roux-Berger, qui a une longue expérience de ce procédé, le décollement pleuro-pariétal pour être réalisé nécessite :

1^o Une collection se drainant déjà largement par une bronche ;

2^o L'existence d'une symphyse pleurale sans laquelle on risquerait d'avoir une infection ultérieure grave de la plèvre, lors de sa déchirure,

3^o L'ancienneté de la suppuration ;

4^o La localisation apexienne de la suppuration.

Le décollement pleuro-pariétal a en effet donné des succès dans des cas de suppuration pulmonaire du sommet d'origine traumatique, comme en témoigne une observation de Courcoux et Desplas (1926).

Nous rapporterons brièvement cette observation.

C'est celle qui présente le plus d'analogies, de par l'ancienneté de la blessure causale, avec le cas qui nous intéresse.

« Le malade présentait une suppuration du sommet pulmonaire droit datant de cinq ans, consécutive à une plaie du poumon par éclat d'obus.

Ce malade, âgé de 46 ans, qui expectorait par jour de 50 à 100 gr. de pus malodorant et qui était constamment en état subfébrile a vu périliter progressivement son état général. Les signes stéthoscopiques localisent la lésion dans le 1/3 supérieur du poumon droit.

La radio y révélait des zones d'ombre et de clarté disséminées sans régularité et au-dessous de la 2^e côte, 2 zones claires disposées en sablier, de 3 cm. environ chacune. Tous les traitements médicaux essayés pendant des années s'étaient montrés inefficaces.

Desplas pratiqua, sous anesthésie régionale, et après résection de la 2^e côte, un décollement pleuro pariétal très étendu allant en bas jusqu'à la 5^e côte, en dehors jusqu'à la ligne axillaire postérieure, en dedans jusqu'au sternum.

La profondeur de la cuvette ainsi obtenue était d'environ 5 cms. On y plaça deux gros drains de caoutchouc et deux mèches.

Au 6^e jour, la température tomba à la normale : en même temps, l'expectoration diminua progressivement. Elle était complètement tarie au 15^e jour. La plaie était cicatrisée au 20^e.

Le malade a été revu à plusieurs reprises, après sa sortie de l'hôpital, la dernière fois au bout de 5 ans. Il ne tousse plus, ne crache plus, a engraisé, jouit d'une santé générale excellente. Tant à l'auscultation qu'à la radiographie, on constate que le 1/3 supérieur du poumon droit est le siège d'une réaction scléreuse progressive très intense. »

La pratique du décollement pleuro-pariétal, malgré les bons résultats qu'elle peut fournir, n'est pas toujours exempte de danger. Moure, à la suite d'un décollement pleuro-pariétal à gauche, a vu survenir des accidents de collapsus cardiaque qui se terminèrent rapidement par la mort. Il pense que le tamponnement trop serré avait provoqué une compression du cœur.

D'autres auteurs, au lieu d'un tamponnement par mèches, effectuent le plombage de la cavité (Sanerbruch et Middeldorf). Ils emploient une masse de paraffine malléable. On lui donne la forme d'un gâteau. Pour maintenir cette masse, qui agit par sa consistance et son poids, il faut faire la suture hermétique des muscles et de la peau.

Le décollement pleuro-pariétal ne pouvait être indiqué dans notre cas d'abcès pulmonaire, celui-ci étant haut situé, à la partie supérieure du poumon droit. Cet abcès était également trop profond pour qu'un décollement de la plèvre à son niveau pût réaliser, mieux qu'un pneumothorax, l'accolement des deux parois.

D'autre part, l'état de la plèvre, libre en arrière,

nous incitait beaucoup plus à un pneumothorax. Nous avons vu que ce pneumothorax lui-même n'était pas un moyen suffisant pour aboutir au résultat désiré.

Quel procédé pourrions-nous donc employer ? Un seul mode de collapsothérapie nous restait à envisager :

La thoracoplastie extra-pleurale.

Sanerbruch l'a préconisée et en a réglé la technique.

Elle consiste en la résection du plus grand nombre possible de côtes sur leur plus grande longueur. Cette résection se fait sur la partie postérieure des côtes. La section de la première côte est délicate, mais indispensable, car cette côte constitue la clef de voûte du dôme thoracique.

Cette opération a, sur le pneumothorax, l'avantage d'être durable et d'être praticable même en cas d'adhérences pleurales.

Mais il est indispensable de la réaliser en plusieurs temps, une opération en un temps étant très choquante pour le malade.

Cette opération grave avait-elle des chances d'affaiblir notre abcès pulmonaire haut et profondément situé ?

De plus, cet affaissement serait-il réalisé, nous savons par les examens radiologiques que cet abcès présente une coque épaisse aux parois sclérosées et

qui, malgré le collapsus, n'auraient aucune tendance à bourgeonner.

Donc, en dehors du shock opératoire, la thoracoplastie, qui risque de ne pas effacer la cavité, laisse en outre le malade sous la menace de la continuation de la suppuration.

En résumé, aucun des modes de collapsothérapie autre que le pneumothorax ne nous a paru valoir la peine d'être tenté.

Le pneumothorax, méthode bénigne, pouvait seul logiquement être essayé.

Ses résultats, pour incomplets qu'ils dussent être, ne risquaient du moins d'avoir d'inconvénients graves, ni d'ôter la possibilité d'une intervention ultérieure plus complète.

BRONCHOSCOPIE

Nous ne ferons que signaler un mode de traitement des abcès pulmonaires, qui n'avait aucune indication dans notre cas particulier : le drainage bronchoscopique.

Cette méthode, réglée par Jackson aux Etats-Unis, est employée de plus en plus souvent dans les abcès aigus du poumon. Elle est tout spécialement indiquée dans les abcès hilaires. Elle consiste essentiellement dans l'introduction par le bronchoscope d'une sonde à double courant qui permet de faire l'irrigation du foyer par un liquide antiseptique et l'aspiration de ce dernier.

Elle permet également de pratiquer des attouchements à la cocaïne, à l'adrénaline, en cas d'état inflammatoire de la muqueuse bronchique. On peut aussi rencontrer des points sténosés que l'on parviendra à dilater par ce procédé.

Cette méthode a l'avantage d'être sans danger pour le malade. Mais elle paraît seulement palliative et dans le cas d'abcès chroniques ne donne pas de résultats appréciables.

Ses résultats sont plus intéressants dans la dilata-

tion des bronches où elle peut réaliser des améliorations durables.

Dans les abcès pulmonaires, où le pronostic est rapidement sombre, d'autres interventions doivent être envisagées.

A plus forte raison, dans un abcès d'origine traumatique comme celui que nous avons en vue — malgré son siège profond au contact du hile — cette méthode n'apparaissait pas de mise.

CHAPITRE III

MÉTHODES DIRECTES

Lobectomie.

Restaient à discuter les méthodes directes qui agissent non plus en essayant de réduire la cavité de l'abcès, mais en extirpant l'abcès lui-même.

La lobectomie paraît être une opération logique.

L'expérimentation et la clinique ont montré qu'il est possible d'extirper un lobe et même un poumon en totalité.

Le premier, Lilienthal aux Etats-Unis, a publié une série de 31 lobectomies dont 10 relatives à des abcès, 21 à des dilatations des bronches. Dans la lobectomie en un temps, il eut 57 % de mortalité.

La gravité de cette intervention tient dans la difficulté extrême que l'on a à fermer le pédicule broncho-vasculaire. Beaucoup de malades succombent à une hémorragie. Mais encore plus qu'une hémorragie, il faut redouter l'infection de la plèvre par la bronche principale. C'est donc au traitement du moignon bronchique qu'il y a lieu d'appliquer tous ses soins.

On a aussi insisté sur la nécessité d'opérer vite.

Pour Lilienthal, une ouverture thoracique de plus de trois quarts d'heure est une condamnation à mort.

Telles sont les multiples difficultés que l'on rencontre lorsqu'on veut pratiquer la lobectomie. Ces difficultés expliquent la mortalité encore considérable que nous rapportions tout à l'heure.

Cependant, un fait est important à considérer, c'est que, dans les cas heureux où la guérison survient, cette guérison est complète et ne laisse aucune suite fâcheuse. Le poumon amputé s'adapte facilement à la cavité thoracique. De plus, on peut si c'est nécessaire, diminuer cette cavité thoracique par une phrénicectomie surajoutée.

La lobectomie, étant donné sa gravité, doit donc être réservée aux cas où l'état du malade est très précaire, le pronostic est alors assez sombre pour autoriser une intervention pareille.

Peut-être arrivera-t-on un jour prochain, par une amélioration de la technique opératoire, à diminuer notablement le pourcentage des cas malheureux !

Pour certains auteurs, la lobectomie représenterait vraisemblablement l'avenir, en ce qui concerne le mode de traitement des abcès pulmonaires.

Excision de l'abcès.

Malgré les espoirs que l'on peut fonder sur la lobectomie, elle reste jugée, par beaucoup comme trop grave.

Il lui est préféré, à l'heure actuelle deux procé-

dés qui réalisent, de manière différente l'excision de la poche de l'abcès.

— La pneumectomie par le cautère (Graham).

— La pneumectomie par électro-coagulation.

E. Graham (de Saint-Louis), a exposé, en 1928, sa technique de destruction progressive des tissus mortifiés, par la cautérisation.

Il s'inspire de l'opération de Sanerbruch, dirigée contre la dilatation des bronches.

Celui-ci provoque la nécrose lobaire en posant une ligature élastique sur le pédicule pulmonaire.

Dans un 2^e temps, il détruit tous les tissus mortifiés et suture la grosse bronche à la peau.

Dans une dernière opération plastique, il tente la cure de cette fistule, en excisant la muqueuse bronchique.

Graham réalise cette destruction par le thermocautère.

Après résections costales et suture de la plèvre, il procède en plusieurs temps.

Le but, au cours de la première séance, n'est pas tant de brûler une grosse quantité de poumon, que d'établir de nombreuses fistules bronchiques assurant le drainage. Si de gros vaisseaux saignent, ils sont pincés et liés : on termine par un tamponnement qu'on laisse en place cinq à six jours ; dans de nouvelles séances espacées par 2 à 3 semaines, on détruit au cautère de nouvelles portions de poumon. Les fistules bronchiques vont diminuer au fur et à mesure des destructions progressives et se

réduisent à une fistulette sans importance qui peut, elle aussi, disparaître.

Graham n'a eu qu'une seule hémorragie mortelle sur plus de 100 cautérisations chez 43 sujets, 2 autres opérés sont morts, probablement d'embolie gazeuse ; au total : 6,6 % de mortalité.

D'autres auteurs (Archibald, Baumgartner) réalisent cette destruction par le bistouri électrique.

Les risques d'hémorragies sont ainsi réduits : le bistouri électrique réalisant une électro-coagulation.

Ces procédés sont encore trop récents pour être jugés. Ils semblent avoir, en tout cas, l'avantage de réaliser, avec des risques moindres que la lobectomie, une extirpation complète de la cavité suppurante, en même temps que la stérilisation du tissu pulmonaire avoisinant. Une fois bien réglés, ils sont sans doute destinés à faire subir des progrès considérables à la chirurgie pulmonaire.

Dans notre cas particulier, après avoir envisagé les différentes interventions susceptibles d'être réalisées chez notre malade, nous avons voulu demander l'avis de M. le D^r Baumgartner.

Une longue pratique de la chirurgie pulmonaire a permis à ce dernier de nous donner les renseignements suivants.

Pour lui, et dans ce cas, la thoracoplastie est à rejeter.

Elle réaliserait imparfaitement l'affaissement de cette cavité profonde, juxta-hilaire. Il persisterait indéfiniment un foyer de suppuration.

M. Baumgartner est partisan de l'intervention chirurgicale, sous la forme d'une excision des parois de l'abcès.

Après repérage radiologique le plus exact possible, il se ménagerait un large jour antérieur par la résection de plusieurs côtes et procéderait à la résection des parois de l'abcès au couteau électrique ou au thermocautère, selon le procédé des américains.

Mais il importerait, avant toute intervention d'abandonner le pneumothorax artificiel. Une des précautions essentielles étant d'isoler les cavités pleurales, le pneumothorax apporte une gêne considérable.

Si bien que, d'une façon générale, et toutes les fois qu'en chirurgie pulmonaire on veut réaliser une intervention curatrice, M. Baumgartner condamne l'emploi préalable de la phrénicectomie et du pneumothorax artificiel, procédés purement palliatifs et qui peuvent gêner l'acte chirurgical ultérieur.

L'excision de l'abcès ayant été refusée, par notre malade, nous avons continué à assurer le drainage de la poche, sous le contrôle de l'écran radioscopique. Le pneumothorax artificiel, après un début encourageant, n'améliorant plus les résultats obtenus a été abandonné.

Ce simple drainage a permis à notre malade de mener depuis deux ans une existence relativement normale.

CONCLUSIONS

De l'observation que nous venons de rapporter et des modes divers de traitement d'abcès du poumon d'origine traumatique que nous avons envisagés nous croyons devoir tirer les conclusions suivantes.

1^o Les abcès du poumon d'origine traumatique sont très rares.

2^o Ces abcès sont souvent remarquablement tolérés ; il peut s'écouler des mois et même des années entre le début clinique de l'abcès et la blessure causale (8 ans dans notre cas).

3^o Le premier traitement de ces abcès consiste indiscutablement dans la pneumotomie, avec extraction du projectile inclus.

4^o Les méthodes palliatives : pneumothorax, phrénicectomie, sont insuffisantes à amener la rétraction et la cicatrisation de l'abcès, par suite de l'existence d'une coque fibreuse extrêmement épaisse qu'on ne retrouve aussi marquée dans aucune autre catégorie d'abcès du poumon.

5^o Toutes les interventions chirurgicales directes dirigées contre cette poche sont grevées d'une lourde mortalité. Seule l'excision de la poche au

thermocautère ou au bistouri électrique doit être tentée, dans l'état actuel de la chirurgie pulmonaire.

6^o Dans les cas où l'une de ces interventions ne peut être réalisée, il nous paraît utile d'insister sur les heureux résultats que l'on peut attendre du simple drainage continu et bien réglé : ce mode de traitement, ayant, dans notre cas particulier, entraîné une survie prolongée, équivalent presque à une guérison.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la thèse,
G. GUILLAIN.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.



Fig. 1



Fig. 2

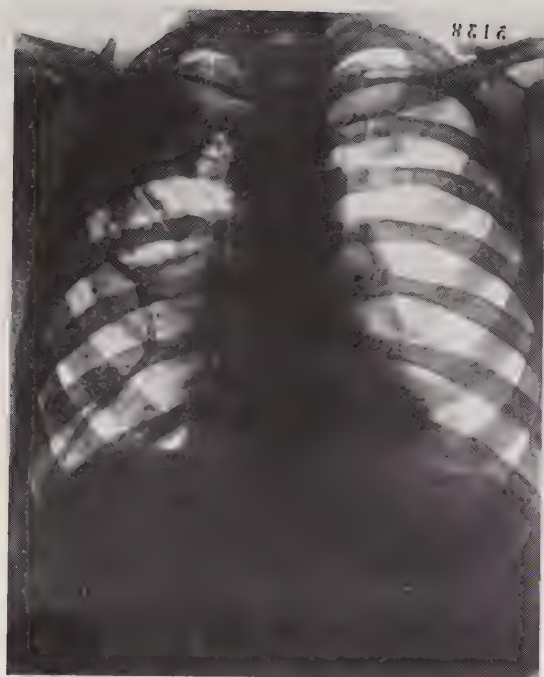


Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.

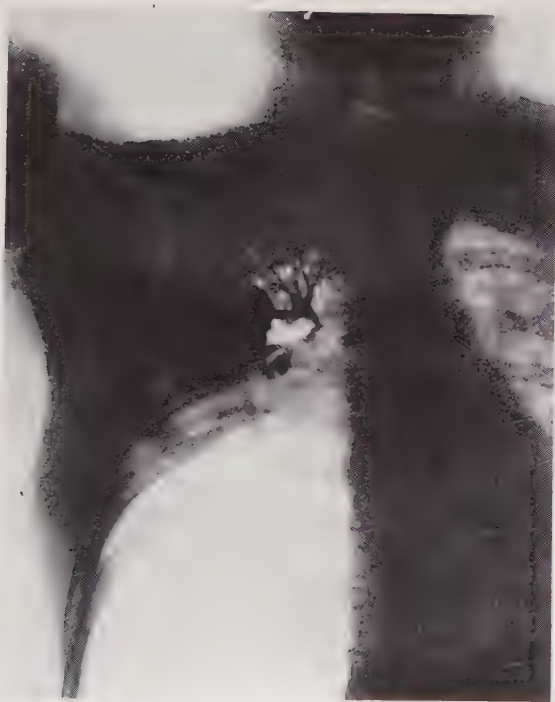


Fig. 7.

BIBLIOGRAPHIE

- Précis de pathologie chirurgicale* (9 agrégés), tome III, page 520.
- Traité de Chirurgie* : LECÈNE et LERICHE, tome II, 1926.
- Revue de chirurgie*, tome LI, mars 1916 (De l'extraction tardive des projectiles intrapulmonaires, P. DUVAL).
- Semaine des hôpitaux de Paris*, 28 février et 15 mars 1929 (Les suppurations pulmonaires et leur traitement. MICHEL-LÉON KINDBERG).
- Localisation et extraction des projectiles (LEDoux-LEBARD et OMBREDANNE, 1917).
- CHAPUT (A.). — Coup de feu de la région claviculaire intéressant le poumon, abcès des poumons locaux et à distance, drainage filiforme, guérison (*Bulletin et mémoires de la société de chirurgie*. Paris, 1916, t. XLII).
- Lyon chirurgical*, 1917 (Symptômes éloignés des plaies de guerre du poumon, DEVIC et CORDIER).
- Bulletins de la Société de chirurgie*, 1917, séance du 12 décembre (Abcès du poumon autour d'un éclat d'obus et autour de débris vestimentaires. Ablation de corps étrangers, après résection costale et pneumotomie faites sur la table radioscopique).
- Bulletin de la Société de chirurgie*. Projectile intra-pulmonaire et sa capsule par M. PETIT DE LA VILLÉON, 1918, page 1679.
- BAUDET. — Evolution clinique des plaies pleuro-pulmonaires en chirurgie de guerre (*Progrès médical*, avril 1915).
- DENECHAU. — Les suites éloignées des blessures pleuro-pulmonaires par projectiles de guerre (*Presse médicale*, juillet 1916).

1384. — Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-31
